Harte Entzündungsprozesse der Prostata

(Holzphlegmonen)

und ihre Differentialdiagnose gegenüber malignen Prostatatumoren.

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Hohen medizinischen Fakultät

der Universität Basel

verlegt von

Lazarus KLURFELD

aus BROOKLYN / U.S.A.

Mülhausen 1938

Dedicated in greatful appreciation
to my beloved parents and sister.

Harte Entzündungsprozesse der Prostata

(Holzphlegmonen)

und ihre Differentialdiagnose gegenüber malignen Prostatatumoren.

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Hohen medizinischen Fakultät

der Universität Basel

verlegt von

Lazarus KLURFELD

aus BROOKLYN / U.S.A.

Von der Medizinischen Fakultät Basel genehmigt
auf Antrag von Prof. Dr. Fr. SUTER.
Tag der Promotion: 10. Dezember 1937.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Harte Entzündungsprozesse der Prostata

(Holzphlegmonen)

und ihre Differentialdiagnose gegenüber malignen Prostatatumoren.

Im Traité d'Urologie schreibt Marion (9) :

« La prostatite subaiguë avec periprostatie a ceci de particulier : c'est qu'au toucher elle simule absolument le néoplasme de la prostate diffus. On trouve en effet une augmentation parfois considérable de la région prostatique et périprostatique donnant la sensation d'une masse de consistance dure, diffuse. L'évolution assez rapide de l'affection, quoique subaiguë, les douleurs spontanées et provoquées plus vives qu'elles sont dans le néoplasme permettront de reconnaître qu'il s'agit d'une affection inflammatoire et non néoplasique. Parfois également une élévation légère mais persistante de la température servira-t-elle à confirmer le diagnostic. »

Auch in einer Abhandlung aus dem Jahre 1927 « A propos du traitement du cancer de la prostate » macht MARION (10) auf die differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten zwischen gewissen Formen der Prostatitis und dem Carcinom aufmerksam. Er nennt diese harten Formen der Prostatitis, die mit dem Prostatakrebs verwechselt werden können, « diffuse holzige Prostatitis oder Prostatitis pseudoneoplastica. »

In folgendem möchte ich mich mit diesen Formen der Prostatitis beschäftigen und eine Anzahl von Krankengeschichten mitteilen, welche diese differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten beleuchten sollen.

In den Lehrbüchern über die Krankheiten der Prostata wird die von MARION (10) beschriebene holzige Form der Prostatitis im allgemeinen nicht erwähnt. Von klinischen Formen werden regelmässig unterschieden :

a) Acute Prostatitis

b) Chronische Prostatitis

c) Tuberkulöse Prostatitis

d) Periprostatitis phlegmonosa.

Pathologisch-anatomisch hat diese Form meines Wissens noch nie Erwähnung gefunden.

Bei der Besprechung der Differenzialdiagnose zwischen Neoplasma und Prostatitis geht Marion (9) am eingehendsten auf die Möglichkeit der Verwechslung von Carcinom mit Prostatitis ein.

Auch WILDBOLZ (19) macht auf diese Möglichkeit aufmerksam. In seinem Lehrbuche der Urologie erwäht er bei der Besprechung der Symptomatologie der Prostatitis das Bestehen dieser besonderen Formen der Prostatis, obwohl er sie nicht mit einem speziellen Namen bezeichnet. Aber der Palpationsbefund dieser Formen kann sehr leicht ein Carcinom vortäuschen.

Die Unterscheidung der akuten Entzündung vom malignem Tumor wird kaum Schwierigkeiten bereiten, schon mit Rücksicht auf die bei der ersten im Vordergrunde stehenden Symptome, der Temperatursteigerung, des Druckschmerzes bei der Palpation etc.

Anders liegen diese Dinge bei den harten Formen der Entzündung. Durch diese wird die Prostata vergrössert und fühlt sich sehr hart an. Die Schwellung ist dabei nur wenig druckempfindlich und der Urin weist oft keine Veränderungen auf. Die Merkmale dieser Prostatitis decken sich also weitgehend mit denjenigen des malignen Tumors.

Leichter wird die Diagnose natürlich später, wenn sich eventuell im weiteren Verlaufe in der harten Drüse ein Erweichungsherd bildet. WILDBOLZ (19) empfiehlt deshalb die häufige Wiederholung der rectalen Untersuchung.

Die Verwechslung ist besonders leicht möglich, wenn die Entzündung bei alten Leuten auftritt und mit Urinverhaltung einhergeht. Aber auch da erhebt der weitere Verlauf, insbesondere der baldige Rückgang der Drüse zur normalen Grösse und das Verschwinden den der Harnretention die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten auf.

Im Lehrbuche über die Krankheiten der Prostata schreibt FRISCH (5) folgendes :

« Man unterscheidet eine akute und eine chronische Prostatitis und jede derselben hat verschiedene Grade und Formen, die eine gesonderte Betrachtung erfordern. Ausserdem ist eine periprostatische Phlegmone und eine Phlebitis paraprostatica bekannt. » Im übrigen macht FRISCH (5) keine eingehenden Angaben über differenzialdiagnostische Schwierigkeiten dieser Formen gegenüber der Neubildung der Vorsteherdrüse. Hingegen macht er darauf aufmerksam, dass MAYET (11) schon im Jahre 1896 eine durch einen besonderen Symptomenkomplex gekennzeichnete subakute Form der Prostatitis beobachtet habe, welche gewisse Merkmale mit der akuten, andere wieder mit der chronischen Entzündung gemein hat.

Wir erachten es für notwendig, die Arbeit von MAYET (11) (Prostatite glandulaire subaigue d'emblée totale ou partielle), in welcher diese harte Form der Prostatitis beschrieben und auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten aufmerksam gemacht wird, zu welcher sie Veranlassung geben kann, zu erwähnen.

Im Folgenden sei der Fall von MAYET (11) hier kurz wiedergegeben :

Anamnese : Es handelt sich um einen 21-jährigen Mann. Von familiärer Belastung nichts bekannt. Keine Tbc. in der Familie. Weist einige Merkmale rheumatischer Diathese auf. 14 Tage vor Spitaleintritt Balanitis mit grünlich-eitrigem Ausfluss aus der Harnröhre. 10 Tage später stellte sich eine leichte terminale Haematurie ein, begleitet von intensiven Schmerzen bei der Miktion. Die bakteriologische Untersuchung ergibt einige Gonococcen im Ausfluss. Auch Cystitis macht sich bald bemerkbar (häufige Miktion halb-stündlich). Urin trübe. Nach Spülungen der Harnröhre mit KMnO4 tritt Haematurie auf. Schmerzen im hinteren Harnröhrenabschnitt. In der Folge wird der Urin eitrig.

Die rectale Untersuchung ergibt eine deutliche harte, aber nicht wesentlich vergrösserte Prostata. Eitriger Ausfluss dauert an. Bei den Spühlungen der Harnröhre und Blase wird festgestellt, dass der Eiter aus der Prostata kommt. Die Krankheit dauert ca. 6 Wochen.

Trotz dem eitrigen Ausfluss ist das Allgemeinbefinden des Patienten ordentlich. Kein Fieber, keine Magendarmstörungen.

Mehrere Wochen später, wieder Schmerzen in der Regio perinealis. Bald tritt Harnretention auf und schliesslich konnte Pat. nur tropfenweise urinieren und musste katheterisiert werden, wobei sich ein Widerstand in dem hinteren Harnröhrenabschnitt bemerkbar machte, nach dessen Ueberwindung reichlicher Urinabgang erfolgte.

Bei der abermaligen *rectaluntersuchung* konstatierte der Untersuchende folgendes :

Prostata voluminös vergrössert, hart und ziemlich ausgedehnt, *so dass man an einen malignen Tumor denken konnte.*

Eine genaue Untersuchung lässt bald erkennen, dass auf dieser verhärteten Masse eine grosse Zahl von kleinen steinharten Körnern sich befindet, die härter sind, als das sie umgebende Parenchym. Sie treten an der Facies posterior der Drüse deutlich hervor. Man könnte es mit in einer elastischen Masse eingestreuten Bleikörnern vergleichen. Man konnte aber auch an eine Tbc. der Prostata denken.

Dabei ist zu bemerken, dass der Patient diese Untersuchung ohne besonderen Schmerz ertrug. Infolge der richtig angewandten Therapie, geht die Harnretention zurück, der Tumor wird weicher und nimmt an Grösse ab.

Einige Wochen später geht die Prostata zurück und Patient wird als geheilt aus dem Spital entlassen.

Wenn wir diesen Fall von MAYET (11) genauer studieren, so sehen wir, dass es sich hier um eine Form von Entzündung der Vorsteherdrüse handelt, die mit der von MARION (10) beschriebenen übereinstimmt. GUYON, der diesen Patienten auch behandelt hatte, sagt, dass er schon mehrmals Gelegenheit hatte, analoge Fälle, wenn auch mit kleinen Variationen zu beobachten.

Hervorzuheben aus der Beschreibung des Falles ist : Es entwickelt sich langsam eine starke entzündliche Vergrösserung der Prostata ohne Symptome einer intensiven Allgemeininfektion wie Temperatursteigerung, Schädigung des Allgemeinbefindens und bei der digitalen Untersuchung wird die Prostata stark vergrössert, vorübergehend sogar von ausserordentlichem Ausmass und tumorartig hart gefunden. Typisch ist auch das langsame Verschwinden des Leidens trotz Behandlung.

Im Gegensatz zu den Autoren, für welche die Differentialdiagnose zwischen Entzündung und maligner Neubildung der Prostata Schwierigkeiten bieten kann, steht SOCIN (18). Er schreibt in « Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata » (Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1902) :

« Die Verwechslung einer Neubildung mit einem entzündlichen Zustande der Prostata ist nur ausnahmsweise denkbar. Die Anamnese, der Befund am Organ selbst, nämlich bei längerer Beobachtungszeit, dann die Untersuchung des Urins (Dreigläserprobe) vor und nach der Digitalexpression der Drüse, ergeben bei der Entzündung des Organs so typische Resultate, dass ein diagnostischer Irrtum kaum möglich ist. Höchstens im Beginn eines akutentzündlichen Prozesses, kann die Drüse etwa einmal eine solche Konsistenz besitzen, dass sie bei der oberflächlichen Untersuchung palpatorisch den Eindruck eines Neoplasmas machen könnte. Dann beherrschen die der akuten Prostatitis zukommenden und nicht zu verkennenden Symptome so sehr das ganze Krankheitsbild, dass von einer Verwechslung ernstlich nicht die Rede sein kann.

Er stellt allerdings nur die Differentialdiagnose zwischen akuter Prostatitis und Neoplasma zur Diskussion. Er scheint, die subakute harte Form der Prostatitis nicht gekannt zu haben, bei der eben, wie der oben geschilderte Fall von MAYET (11) es zeigt, der Verlauf ein protahierter ist und die typischen Symptome der Entzündung fehlen.

In den Lehrbüchern der Urologie von Burkhard-Palano (1), von ROTHSCHILD (15) und von CASPER (2) wird bei der Besprechung der verschiedenen Prostatitiden, eine ähnliche Form gar nicht erwähnt und der uns beschäftigenden differentialdiagnostischen Schwierigkeiten nicht Erwähnung getan.

Im folgenden möchte ich eine Reihe von Fällen mitteilen, welche diese Schwierigkeiten deutlich illustrieren und zeigen, dass Prostatitiden verschiedener bakterieller Entstehung und bei Patienten von sehr verschiedenem Alter Anlass zur Verwechslung mit malignen Tumoren geben können.

FALL 1. — 64-jähriger Patient A. R. hat schon seit 2 Jahren Miktionsschwierigkeiten, schlechten Strahl, Brennen nach dem Wasserlösen, steht nachts zweimal auf. Am 14. 11. 1925 akute Retention, Katheter nötig. 1,5 Liter Urin entfernt unter Blutung. Seither geht der Urin wieder

spontan, aber Patient hat sehr häufige und schmerzhafte Bedürfnisse und uriniert schlecht. Vor 2 Jahren ist Patient für Carcinoma mammae operiert worden. Vom 18. II. - 5. III. Aufenthalt in der Klinik. Die Temperaturen sind ganz leicht erhöht, zwischen 37°,0 -37°,5. Patient hat einen Restharn von 500 - 600 Gramm. Es geht kein Urin spontan. Der Urin ist unbedeutend getrübt, enthält spärliche Eiterkörperchen, eine Spur Eiweiss. Die Prostata ist hart, unverschieblich, speziell die Seitenlappen sindstark entwickelt (18. II.). Bei der Cystoskopie am 24. II. sind in der Blase flache Trabekel festzustellen und eine Andeutung von Hypertrophie, vorne eine flache Furche, seitlich und hinten ein flacher Wulst. Veränderungen, die für ein *Carcinom* sprechen würden, fehlen. Am 24., 26. und 29. II. ist der palpatorische Prostatabefund derselbe. Die Drüse ist hart, unverschieblich, der rechte Lappen ist etwas grösser als der linke, der linke etwas kleiner und entschieden härter als der rechte.

Diagnose Prostata Carcinom.

Beim Austritt aus der Klinik ist der Urin fast klar, der Prostatabefund wie oben. Es geht kein Urin spontan. Patient muss katheterisiert werden, zu einem operativen Eingriff kann er sich einstweilen nicht entschliessen und tritt in Behandlung seines Hausarztes.

Am 15. IV. zeigt sich Patient wieder und gibt an, dass der Urin bald nach dem Austritt aus der Klinik wieder spontan gegangen sei und dass er jetzt wieder völlig normal urinieren könne und nur einmal in der Nacht aufstehen müsse. Sein Urin ist absolut klar und chemisch normal. Der Restharn beträgt 30 ccm. Die Prostata ist klein, weich, kaum vorhanden.

FALL II. — 72-jähriger Patient E. F. Seit längerer Zeit leidet Patient an vermehrten und oft erschwerten Bedürfnissen. Im November 1925 eine erste Retention, die den Katheterismus verlangte und von einer Infektion gefolgt war. Anfänglich hohe, dann leichte Temperaturen. Die Prostata wurde damals vom behandelnden Chirurgen bilobär vergrössert gefunden, von elastischer Konsistenz, mit glatter Oberfläche, der linke Lappen war grösser als der rechte. Auf Collargol-Spülungen wurde der Urin klar, die Miktionen schmerzlos und bestand nur ein geringer Restharn.

Befund. Am 2. Jan. 1926 waren die Beschwerden wie oben angegeben. Der Restharn betrug 50 Gramm und war klar. Der Prostatabefund war ein ganz anderer geworden : Der rechte Lappen war eine grosse harte Geschwulst, mit dem umgebenden Gewebe fest verwachsen ; der linke Lappen war körnig, weich, bimanuel tastbar.

Diagnose : Carcinoma Prostatae.

Der behandelnde Chirurg (Dr. St.) bestätigte diesen Befund : Rechter Lappen der Prostata hart und unbeweglich, nach dem Rektum ein harter Knollen, vorspringend.

In der Folgezeit blieb das subjektive Befinden des Patienten ungefähr das gleiche, oder besserte sich eher. Hie und da hatte er trüben Urin, sodass Spülungen gemacht wurden. Die subjektiven Beschwerden blieben dieselben und steigerten sich in den Zeiten, wo der Urin trüb war.

Befund. Am 2. Nov. 1926 war der Befund der Folgende : Restharn 50 Gr., leicht getrübt, enthält spärlich Eiter und *Colibakterien.* Die Prostata ist bimanuel deutlich vesikal vergrössert. Der rechte Lappen ist derb, der linke weicher. Die Drüse ist gut beweglich und sehr deutlich von der Umgebung abgegrenzt.

Diagnose : Prostatahypertrophie.

Operation Die am 24. XI. 26 vorgenommene Freyer'sche Operation zeigte folgenden Befund an der Prostata : Es lassen sich 6 glatte, runde Knollen von verschiedener Grösse ausschälen. Das restierende Prostatagewebe scheint verdickt und härter als normal. Das Gewicht der entfernten Geschwülste betrug 35 Gramm. Prof. Rœssle (pathologisch-anatomisches Institut, Basel) erhob folgenden histologischen Befund : Ueberwiegend adenomatöse Knoten, sodann adenomyomatöse und 2 vereinzelte reine Myome. Entzündung ist überraschend wenig, eigentlich weniger als sonst bei Prostatahypertrophie vorhanden und ich konnte nur in der Nähe der Urethralschleimhaut einen grösseren, offenbar im Abklingen befindlichen, entzündlichen Herd auffinden. Eine grössere Anzahl gewucherter Drüsen sind cystisch, zuweilen mit Inhalt, zuweilen mit angedeuteter konkrementartiger Schichtung.

Diagnose : Gutartige Adenomyomatose der Prostata.
Patient heilte und seine Blasenverhältnisse waren 1935 noch sehr normal.

FALL III. — 60-jähriger Mann, M. G., Consultation 1921. Seit mehreren Wochen in ärztlicher Behandlung wegen starker diuretischer Beschwerden bei Tage und bei Nacht. Keine Temperatursteigerungen.

Befund : Magerer Mann, Urin klar, ohne mikroskopischen Befund. Palpatorisch ist die Prostata unregelmässig, hart, vergrössert, unverschieblich. Zeigt einen für Carcinom durchaus typischen Befund.

In der Folgezeit verschwinden unter symptomatischer Behandlung diese Beschwerden. 1924 war die Urinentleerung wieder völlig normal. Der Urin war klar, Die Prostata von normaler Konsistenz und klein. Patient starb 1925 unter den Symptomen der Arteriosclerose.

FALL IV. — 58-jähriger Patient M. N. hatte bis zum Tage seiner Erkrankung normale Miktions- und Urinverhältnisse. Er erkrankte am 29. II. 1932 unter den Zeichen einer hochfieberhaften Grippe und hatte dabei Eiter, Eiweiss und sehr viele Stabbakterien im Urin. Dieser Zustand besserte sich vorübergehend. Am 18. März stellten sich Schüttelfröste ein und am 24. März totale Urinverhaltung, die den Katheterismus nötig machte.

Ein zugezogener Urologe fand die Nieren normal, die Prostata aber bei mässiger vergrösserung am linken Lappen stark verhärtet und hier mit unscharfer Begrenzung.

Er stellte die Diagnose auf ein *primäres Prostatacarcinom* mit sekundärer Colliinfektion und schlug die Prostatectomie vor.

Befund : Klinikaufenthalt vom 21. IV. bis 20. V. 1932. Der Patient ist mager und macht einen kranken Eindruck. Die Temperaturen gehen selten bis 37°,2, meist sind sie normal. Der Urin ist trübe, eitrig und enthält massenhaft Colibakterien. Miktion etwa stündlich, mühsam. Der Restharn wechselt zwischen 75 und 150 Gramm. Die Prostata ist palpatorisch klein. Der rechte Lappen hart, aber sehr klein. An Stelle des linken Lappens ist ein harter unbeweglicher quer ins Beckenbindegewebe verlaufender Strang palpabel. Prostatasekret ist keines zu gewinnen.

Diagnose : Carcinom ? Prostatitis ? Coliinfektion.

Die Behandlung bestand in Blasenspülungen und Diathermie. Schon nach einigen Tagen war der Urin klar, die Miktionspausen waren besser, die Entleerung schmerzlos. Am 14. V. war der Urin klar, der rektale Befund wie oben. Der harte Strang, der dem linken Prostatalappen entsprach, war etwas kleiner geworden. Im Juli 1932 war die Härte noch fühlbar, aber sehr flach. Im März 1935 war die Prostata immer noch sehr klein und der linke Lappen auffällig hart. Damals, sowie bei einer späteren Kontrolle im November 1934 bestand eine Coliurie und das Prostatasekret enthielt spärlich Eiter.

FALL V. — 73-jähriger Patient. A. L., leidet seit 9 Monaten an Miktionsbeschwerden, schwieriger Entleerung, nachts 2-3 Mal, bezw. 1-2 Mal stündlich. Am 7. April 1935 akute Retention, die Katheterismus fordert. Seither täglich einmal katheterisiert.

Befund : Am 9. April 1935 ist der Befund folgender : Korpulenter Mann, der Urin ist leicht getübt, enthält Eiter und Blutkörperchen und Staphylococcen. Katheterismus geht leicht. Die Prostata ist wenig vergrössert, der rechte Lappen aber hart, knollig, *carcinomverdächtig ;* der linke Lappen ist normal. Es wird vorläufig regelmässiger Katheterismus durch den Hausarzt angeordnet. Am 30. April Klinikeintritt.

Patient ist 10 Tage katheterisiert worden, dann ging der Urin wieder von selbst ; nachts 2-3 Mal. Seit 10 Tagen hat sich am Damm und rechts am Hodensack unter Schmerzen, aber angeblich ohne Fieber, eine grosse Geschwulst entwickelt.

Befund : Grosser perinealer Abscess auf der rechten Seite, der bis in die rechte Scrotalseite geht. Temperatur 38°. Incision in Evipannarkose gibt reichlich Eiter mit Staphylococcen. Heilung ohne Anstand. Beim Austritt am 20. Mai ist die Wunde geheilt, die Prostata ist kleiner und weicher. Am 14. September 1935 sind die Miktionsverhältnisse normale. Der Restharn beträgt 190 Gramm. Die Prostata ist kaum vergrössert, der Rand des rechten Lappens zeigt noch eine Härte.

Im folgenden seien noch Krankengeschichten mitgeteilt, die zeigen, dass diese Formen von harter Prostatitis, die an maligne Neubildung denken macht, auch bei jungen Individuen vorkommt. Bei diesen beherrschen die Symptome der Prostatitis dann das Krankheitsbild und der auffällige Befund an der Prostata zusammen mit dem exquisit chronischen Verlaufe, lassen den Verdacht immer wieder wach werden, ob nicht doch ein Carcinom oder doch eine Tuberkulose sich hinter den Symtomen der Prostatitis verberge.

FALL VI. — 57-jähriger Patient, P. R., leidet schon längere Zeit an etwas erschwerter Miktion und etwas vermehrten Miktionsbedürfnissen. Auch etwas Ausfluss aus der Urethra ist vorhanden. Am 2. November 1929 ist bei dem kräftigen Manne die 1. Urinprobe leicht getrübt und enthält Filamente, die 2. ist klar. Die Prostata ist ungleich entwickelt. Der linke Lappen ist klein und weich, der rechte sehr hart, vorspringend, der obere Rand fast kantig. Der Befund erinnert an Carcinom. Das Prostatasekret ist sehr reichlich, enthält Eiter und viele sehr grosse, braune Corpora amylacea. Bakterien nicht nachzuweisen, auch Tuberkelbazillen fehlen.

Therapie : Wärme, Suppositoria, Aolan, Massage u. s. w. Im November 1931 ist die Prostata noch ziemlich voluminös, ober ohne die oben beschriebene Verhärtung.

FALL VII. — 30-jähriger Patient, L. H., klagt seit 4 Wochen über Wasserbrennen ohne Ausfluss. Keine Gonorrhoe.

Befund : Am 17. November 1928 ist der Urin in der ersten Probe ganz leicht getrübt, in der 2. klar. Die Prostata ist im rechten Lappen normal. Der linke Lappen steht kantig vor, hart wie ein maligner Tumor, kaum grösser als der rechte. Von dieser Härte abgetrennt, findet sich eine zweite circumskripte erbsengrosse Härte, etwa dem unteren Ende der Samenblase entsprechend. Prostatamassat reichlich, eitrig, ohne Bakterien, ohne Tuberkelbazillen.

Behandlung : Mit Aolan, Massage, Argentum nitricum-Instillationen. Im August 1929 ist der palpatorische Prostatabefund normal, das Sekret aber noch eitrig.

FALL VIII. — 38-jähriger Mann, D., leidet seit 4 Jahren an Gonorrhoe mit verschieden starken Rückfällen und allen möglichen Komplikationen. Im Sommer 1922 Prostatis und Cystitis mit häufigen und grossen Beschwerden. Am 25. XI. 1922 (in Consultation mit dem behandelnden Urologen) ist der Urin in beiden Proben ganz leicht getrübt und enthält spärliche Eiterkörperchen.

Befund : Ab ano ist die Prostata eine harte unregelmässige tumorartige Masse. Die Gegend der rechten Samenblase ist ein zweiter harter Tumor. Die Härte reicht nach vorne gegen die pars membranacea. Die Affektion ist sehr tumorverdächtig.

Diagnose : Prostatitis ? Maligne Neubildung ? In der Folgezeit Rückbildung des Prostatatumors.

Bei Durchsicht unserer Krankengeschichten ergibt sich, dass die obenerwähnten differentialdiagnostischen Schwierigkeiten tatsächlich bestehen. Auch der erfahrene Untersucher ist nicht im Stande, gewisse harte Formen der Prostatitis von einem malignen Tumor mit Sicherheit zu unterscheiden und muss es der Zeit überlassen, die Entscheidung zu bringen, um welche der beiden Affektionen es sich handelt.

Die Verwechslungsmöglichkeiten mit Carcinom ergeben sich aus den gemeinsamen Merkmalen. Erwähnen wir einige davon : In allen unseren Fällen von dieser Form der Prostatitis traten gar keine oder nur geringe Störungen des Allgemeinbefindens in Erscheinung ähnlich wie beim Ca im Beginn. So war die Temperatursteigerung, die in keinem unserer Fälle über 37,5° stieg stets eine geringe oder fehlte. Nur im Falle V, wo es zur Abscessbildung kam (perinealer Abscess), war leichtes Fieber vorhanden.

Der Urinbefund in unseren Fällen weist auch keine sicheren Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose gegenüber dem Carcinom auf. Denn auch der Urin bei einem Carcinom der Prostata bleibt lange Zeit ohne positiven Befund.

Besonders ins Gewicht fällt der Palpationsbefund. In allen unseren Fällen fand man bei der Untersuchung eine tumorartige Bildung in der Prostata. Wenn die Prostata in einigen Fällen nur wenig vergrössert war, so war die Konsistenz der Prostata durchwegs hart, wie das typisch für die maligne Neubildung der Prostata ist.

Sehr häufig fanden wir bei unseren Fällen nur den einen Lappen der Drüse hart und vergrössert, wie das auch für den Krebs typisch ist, der häufig zuerst nur einen Lappen und später erst die ganze Drüse durchwächst.

Wie beim Carcinom, ist es typisch für diese Form von Prostatitis, dass der Tumor unverschieblich gefunden wird. Diese Unverschieblichkeit des Tumors wurde bei allen unseren Fällen festgestellt. Aehnliche Verhältnisse finden wir schon in dem oben zitierten Fall von MAYET (11).

Wenn wir auf die Aetiologie dieser Art von Prostatitis näher eingehen, dann stellen wir fest, dass unsere Zusammenstellung, die Behauptung von einigen Autoren, wie Frisch, Rothschild etc.,

wonach dieser Art Prostatitis meistens eine Gonorrhoe vorausgegangen sein muss, nicht bestätigt.

Bis auf einen Fall (Fall VIII), wo eine Gonorrhoe vorangegangen ist, finden wir bei der bakteriologischen Untersuchung in unserer Zusammenstellung, verschiedene Erreger. So finden wir in 2 Fällen (Fälle II und IV) Colibazillen, in einem Falle (Fall V) Staphilococcen und in anderen 4 Fällen (I, III, VI und VII) liessen sich überhaupt keine spezifischen Bakterien nachweisen.

Wie schwierig die Verhältnisse tatsächlich in diesen Fällen liegen, ersehen wir am besten aus unserer Zusammenstellung. In 3 Fällen wurde die Diagnose auf Prostataca gestellt, 4 mal Ca. susp. und nur in einem Fall wurde die Diagnose zunächst offen gelassen. Erst nach Ablauf einiger Zeit und mehrmaligen Untersuchungen, war es möglich eine maligne Neubildung auszuschliessen und die Diagnose einwandfrei zu klären.

Es ist von Wichtigkeit auf einige bemerkenswerte Details unserer Krankengeschichten näher einzugehen. Wir sehen z. B. im Falle I : es wird die Diagnose auf Ca. gestellt ; etwa 2 Monate später zeigt sich der Patient zur Kontrolle und, während der I-te Palpationsbefund noch deutlich einen Tumor der Prostata vermuten lässt, findet man jetzt die Prostata klein, weich und kaum vorhanden. Hervorzuheben ist dabei die so rasche Veränderung des Befundes in kaum 2 Monaten.

Anders liegen die Verhältnisse im Falle II, wo zuerst eine Hypertrophie diagnostiziert wurde, einige Monate später ein Carcinom und 10 Monate nachher wieder eine Hypertrophie. Auffällig ist der pathologisch-anatomische Befund, der kaum entzündliche Veränderungen an den entfernten Tumoren feststellen liess, obschon der Pathologe nach denselben gesucht hat. Ich verweise auf den genauen pathologisch-anatomischen Befund in der Krankengeschichte.

Dass es manchmal ziemlich lange Zeit braucht bis die Veränderung in der Prostata die Verwechslungsmöglichkeit mit Ca. ausschaltet, ist aus dem Fall III ersichtlich. Dort dauerte es fast 3 Jahre bis zum völligen Rückgang der Prostata auf normale Grösse und Konsistenz. Sehr instruktiv liegen die Verhältnisse im Falle IV. Die Differentialdiagnose ist hier durch verschiedene Begleitumtsände erschwert, z. B. wurden durch die Coliinfektion Erscheinungen hervorgerufen, die das Krankheitsbild

zeitenweis beherrschten. Es ist also aus diesem Falle zu ersehen, dass neben den schon bestehenden Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose gegenüber Carcinom Komplikationen (hier Coliinfektion) hinzukommen können, die die Diagnose noch mehr erschweren.

Allerdings wurde hier zum ersten Mal mit der Möglichkeit des Bestehens eines Prostatitis gerechnet.

Leichter ist die Differentialdiagnose wenn es zur Abscedierung kommt (Fall V).

Wenn wir das Alter der Patienten betrachten, so handelt es sich in den obenerwähnten Fällen um ältere Patienten. Dass dieses nicht die Regel sein muss, zeigen uns die letzten 3 Fälle. Auch hier handelt es sich um diese Form von harter Prostatitis, die maligne Neubildungen denken macht. Es handelt sich durchwegs um jüngere Individuen. Bei diesen beherrschen die Symptome der Prostatitis das Krankheitsbild und doch lassen der auffällige Befund an der Prostata zusammen mit dem exquisit chronischen Verlaufe, den Verdacht immer wieder wachwerden, ob nicht doch ein Carcinom oder doch eine Tuberkulose sich hinter den Symptomen der Prostatitis verberge.

Die letzten drei Fälle unserer Zusammenstellung zeigen, dass wir bei der Differentialdiagnose ausser an Neubildung auch an die Tuberkulose der Prostata denken müssen, denn, bekanntlich ist die Prostatatuberkulose eine Krankheit, die nur sehr undeutliche Symptome macht, an die aber in solchen Fällen bei jugendlichen Individuen immer gedacht werden muss. So sagt FORGUE (4) in einer Arbeit in der « Traité de chirurgie », dass gewisse Formen der Prostatitis durch die ähnlichen funktionellen Symptome und auch durch den Palpationsbefund oft mit der Tuberkulose verwechselt werden können.

Bei der Betrachtung der von uns besprochenen Form von Prostatitis, finden wir eine Reihe von Aehnlichkeiten mit der Holzphlegmone des Bindegewebes, die von dem französischen Chirurgen RECLUS zuerst im Jahre 1893 beschrieben worden ist. Zu gleicher Zeit erschien auch die obenerwähnte Arbeit von MAYET (11), welcher die subakute Form der Prostatitis beschrieben hatte. Bis zu diesem Zeitpunkte wurden diese Formen der Prostatitis wie auch die Holzphlegmone entweder der Tuberkulose oder den Neoplasmen zugeteilt.

Beim Vergleich dieser harten Formen der Prostatitis mit der Holzphlegmone stellen wir das Fehlen der klassischen Symptome akuter eitriger Entzündung fest.

Wie bei der Holzphlegmone handelt sich auch hier bei der Uebergangsform der Prostatitis um eine Infiltration des Bindegewebes, das sich bretthart und holzig anfühlt. Die vergrösserte Drüse breitet sich ins periprostatische Gewebe und übt einen Druck aus.

Aehnlich wie bei der Holzphlegmone entwickelt sich die Krankheit ausserordentlich langsam, ohne nennenswerten Temperaturperaturen und Störungen des Allgemeinbefindens.

Beide Erkrankungen befallen Patienten verschiedenen Alters und die Möglichkeit der Verwechslung mit maligner Neubildung ist in beiden Fällen leicht möglich. Auch der bacterielle Befund ist ähnlich. Wie in unserer Zusammenstellung wurden auch bei der Holzphlegmone verschiedene Erreger gefunden, die die Krankheit hervorrufen, wenn überhaupt ein Erreger festgestellt wurde. Nach einigen Autoren wie RECLUS, POWERS und KUSNETZOFF (7) soll es sich bei der Holzphlegmone um Bacterien mit eingebüsster Virulenz handeln. Daher der fieberlose Verlauf der Krankheit. Die Frage, ob es sich auch bei den harten Formen der Prostatitis um abgeschwächte Bacterien handelt, möchte ich offen lassen.

Wenn wir die Analogie der Symptome und Erscheinungen bei der hier beschriebenen Form der Prostatitis und Holzphlegmone berücksichtigen, so gewinnt man den Eindruck, dass es wohl erlaubt wäre, diese beiden Erkrankungen mit dem gemeinsamen Namen Holzphlegmone zu bezeichnen.

Wir wollen versuchen, auf Grund unserer Betrachtungen und des eingehendem Studiums der verschiedenen Symptome, die in unseren Fällen auftreten, sowie derjenigen, die in den Arbeiten anderer Autoren publiziert wurden, Merkmale zur Differentialdiagnose dieser Form der Prostatitis gegenüber den malignen Neubildungen zu finden. So müssen wir feststellen, dass es recht schwer hält, sichere Anhaltspunkte anzugeben. Das was in Frage kommt, ist im gegebenen Falle recht unsicher und darum werden immer wieder Verwechslungen vorkommen, wenn man nicht Gelegenheit hat, den Patienten in grösseren Interval-

len zu untersuchen. Auch aus der zu Beginn dieser Abhandlung zitierten Arbeit von MARION (9), geht das hervor.

Beim Carcinom fehlt im allgemenien zu Beginn die Infektion des Urins. Sie ist eine exquisit sekundäre Erscheinung, aber wie wir wissen, sehr häufig.

Bei der Holzphlegmone der Prostata ist ein infektiöser Zustand von Anfang an vorhanden. Manchmal allerdings sehr wenig ausgesprochen. Die Infektion ist das Primäre.

Da diese Fälle aber sehr oft erst dann zur spezialärztlichen Untersuchung kommen, wenn sie schon lokal behandelt und katheterisiert wurden und dadurch die Infektionsmöglichkeit gegeben ist, hat der Nachweis der Urininfektion nur einen sehr bedingten differentialdiagnostischen Wert.

Der einzelne palpatorische Befund lässt das Carcinom nicht von der harten Prostatitis unterscheiden, im Gegenteil er veranlasst die Verwechslung. Erst die wiederholte Palpation wird den Fall aufklären, wenn der verdächtige Befund in einen unverdächtigen übergeht.

Wichtig ist natürlich das Alter : Bei jugendlichen Individuen wird man bei einer harte Prostatitis eher an eine Tuberkulose als an ein Carcinom denken, wird aber auch in solchen Fällen oft den Verdacht an eine maligne Neubildung nicht los. In solchen Fällen kann eventuell der Tierversuch, wenn er positiv ausfällt, die Lösung des Rätsels bringen, sonst muss auch hier eine über längere Zeit fortgesetzte Beobachtung die Verhältnisse klären.

Wie gross die Bedeutung der Uebergangsformen der Prostatitis für die Differentialdiagnose gegenüber Neubildung ist, sagt MARION (9) in der Besprechung in « Traité d'Urologie » über das Carcinom der Prostata. Aus unserer Zusammenstellung ersehen wir auch noch, dass es nicht weniger wichtig ist, diese Formen von Prostatitis zu kennen für die ev. einzuschlagende Therapie und Prognosestellung.

Es ist mir eine Ehre und ein Bedürfnis, auch an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. F. SUTTER für seine vielfache, wertvolle Hilfe, die zahlreichen fördernden Anregungen, die liebenswürdige Unterstützung bei der Entstehung dieser Arbeit sowie für die gütige Ueberlassung des in seiner Privatklinik gesammelten und niedergelegten Materials meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. *Burkhardt-Polano.* Untersuchungsmethoden und Erkrankungen der männlichen und weiblichen Harnorgane. 1908 S. 108-113.
2. *Casper L.* Lehrbuch der Urologie. 1921. S. 267-279 ; 331-335 ; 339-341.
3. *Fichtner.* Ueber leichte Formen der Holzphlegmonen. Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 35.
4. *Forgue M.* Traité de Chirurgie (zitiert nach Mayet). Annales des maladies des organes génito-urinaires. Mars 1896.
5. *v. Frisch A.* Die Krankheiten der Prostata. 1910. S. 38-78 ; 90-96 ; 137-139 ; 256-261.
6. *Krause L.* Ueber holzharte Entzündung des Bindegewebes (Phlegmon ligneux Reclus). Zentralblatt für Chirurgie 1899. S. 505-510.
7. *Kusnetzoff M. M.* Ueber die Holzphlegmone des Halses (Reclus). Zentralblatt für Chirurgie 1899. S. 830. (zitiert nach v. Langenbeck's Archiv Bd. 58, Hft. 3).
8. *Lang H.* Ein weiterer Fall von sog. Holzphlegmone. Inaug.-Diss. Würzburg 1904.
9. *Marion G.* Traité d'Urologie Tome II. 1922. Pages 725-727.
10. *Marion G.* A propos du traitement du cancer de la prostate. (Journ. d'urol. Bd. 21, No. 5, S. 385. Zitiert Zentralblatt für Chirurgie 1927, No. 14 S. 871).
11. *Mayet H.* Prostatite glandulaire subaigue d'emblée totale ou partielle. Annales des maladies des organes génito-urinaires. Mars 1896. Pages 193-200.
12. *Merkel H.* Zer Kenntnis der sogenannten « Holzphlegmone » (« Phlégmone ligneuse du cou » nach Reclus). Zentralblatt für Chirurgie 1904, No. 48. S. 1377-81.
13. *Panzner E. J.* Woody phlegmon of Reclus. The journal of the Amer. med. ass. page 1762. 1911.
14. *Powers Ch. A.* Woody phlegmon of the neck (Reclus). The journal of the Amer. med. ass. 1911, pages 365-369.
15. *Rothschild A.* Lehrbuch der Urologie. Leipzig 1911. S. 236-249 ; 291-297.
16. *Schminke A.* Zur Frage der « Holzphlegmone » (Phlegmone ligneuse du cou Reclus). Zentralblatt für Chirurgie 1905, No. 1, S. 5-7.
17. *Sick P.* Die Holzphlegmone (Reclus). Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1905, Bd. 77, S. 311-317.
18. *Socin A.* Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. 1902 S. 20-47 ; 481-83.
19. *Wildbolz H.* Lehrbuch der Urologie. 1934. S. 417-427 ; 431-36 ; 481-82.